

**EMPLOYEE'S CLAIM FOR
WORKERS' COMPENSATION BENEFITS**

If you are injured or become ill because of your job, you may be entitled to workers' compensation benefits.

Complete the "Employee" section and give the form to your employer. Keep the copy marked "Employee's Temporary Receipt" until you receive the dated copy from your employer. You may contact the State's Office of Benefit Assistance and Enforcement at 1-800-736-7401 if you need help in filling out this form or in obtaining your benefits. An explanation of workers' compensation benefits is included on the reverse of this form.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them.

Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.

**PETICION DEL EMPLEADO PARA BENEFICIOS
DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR**

Si Ud. se ha lesionado o se ha enfermado enlo a causa de su trabajo, Ud. puede tener derecho a recibir beneficios de compensación al trabajador.

Complete la sección "Empleado" y entregue la forma a su empleador. Quedese con la copia designada "Recibo Temporal de Empleado" hasta que Ud. reciba la copia fechada de su empleador. Si Ud. necesita ayuda para completar esta forma o para obtener sus beneficios póngase en contacto con la Oficina Estatal de Asistencia para Beneficios y Ejecución de las Leyes pertinentes llamando al 1-800-736-7401. Al dorso de esta forma se encuentra una explicación de los beneficios de compensación al trabajador.

Ud. también debería de haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos.

Toda aquella persona que con conocimiento haga o cause que se produzca cualquier declaracion o representacion material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonia."

Employee. Empleado:

1. Name. *Nombre.* _____ Today's Date. *Fecha de hoy.* _____
2. Home Address. *Dirección Residencial.* _____
3. City. *Ciudad.* _____ State. *Estado.* _____ ZIP. *Código Postal.* _____
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* _____ Time of injury. *Hora en que ocurrió.* _____ a.m. _____ p.m.
5. Address/place where injury happened. *Dirección/lugar donde ocurrió el accidente.* _____
6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y la parte del cuerpo afectada.* _____
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* _____
8. Signature of employee. *Firma del empleado.* _____

Employer – complete this section and give the employee a copy immediately as a receipt.

Empleador – complete esta sección y déle inmediatamente una copia al empleado como recibo.

9. Name of employer. *Nombre del empleador.* _____
10. Address. *Dirección.* _____
11. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* _____
12. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que la forma de reclamación fue entregada al empleado.* _____
13. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición completada da al empleador.* _____
14. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.* _____
15. Insurance Policy Number. *El número de la póliza del Seguro.* _____
16. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* _____
17. Title. *Título.* _____
18. Telephone. *Teléfono.* _____

Employer: You are required to date this form and provide copies to your insurer and to the employee, dependent or representative who filed the claim within **one working day** of receipt of completed form from employee.

Signing This Form Is Not An Admission Of Liability

Empleador: Se requiere que Ud. feche este forma y que provéa copias a su compañía de seguros y empleado, dependiente o representante que haya presentado esta petición dentro del plazo de **un día hábil** desde el momento de haber sido recibida la forma completa del empleado.

El Firmar Este Documento No Significa Admisión